

УДК 617.741–004.1–089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ В СУЧАСНИХ КЛІНІКАХ

Н. В. Климчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ІНІ медсестринства*

У статті обговорюються різновиди катаракти та можливість їх лікування шляхом хірургічного втручання.

THE SURGICAL TREATMENT OF THE CATARACT IN THE MODERN CLINICS

N. V. Klymchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The article is devoted to the different types of the cataract and its possible surgical treatment in the modern clinics.

Вступ. Катаракта (від грець. kataraktes – водоспад) – це помутніння кришталика ока, що перешкоджає проходженню променів світла в око й призводить до зниження гостроти зору.

Захворювання проявляється поступовим безболісним погіршенням зору. Інколи першими проявами катаракти є виникнення короткозорості: зір на далеку відстань погіршується, але людина починає бачити краще на близькій відстані.

Катаракти бувають природжені і набуті. Набуті катаракти, в свою чергу, поділяють на старечі (вікові) і ускладнені. Крім того, за локалізацією помутніння катаракти поділяють на кортикальні, ядерні, капсулярні і поліморфні.

Набута катаракта. Стареча (вікова) катаракта – це помутніння, що виникає в старечому віці. Однак в останні десятиріччя відмічена явна тенденція до «омолодіння» катаракт. Досить часто випадки старечої катаракти зустрічаються у осіб віком 45–50 років. Тому їй більш відповідає назва «вікова катаракта».

Основна частина. Якщо пацієнту встановили діагноз катаракта, вирішення проблеми на даний час є доступним і ефективним. Операція з приводу катаракти полягає у видаленні мутного криш-

талика та імплантації штучного гнучкого кришталика (інтраокулярної лінзи – ІОЛ). Сучасна апаратура і новітні технології дають на сьогодні можливість виконати операцію факоемульсифікацію. Факоемульсифікація є досконалою технологією хірургії катаракти. Перевагою операції є тунельний мікророзтин завширшки 2,0–2,5 мм. Такий розтин не вимагає накладання швів. Через тунельний розтин в око вводять факонаконечник і за допомогою енергії ультразвуку катаракту дроблять і видаляють. Натомість через тунельний розтин імплантується гнучкий штучний кришталик. Такий кришталик складається в трубочку і вводиться в око, де він розправляється і фіксується в найбільш ідеальному фізіологічному положенні – капсульному мішку природного кришталика. У клініці «Медівіт» виконують факоемульсифікацію катаракти з імплантацією різних моделей штучного кришталика.

У випадках катаракти і супутньої короткозорості або далекозорості проводять їх корекцію шляхом підбору відповідної сили штучного кришталика.

Для подолання пресбіопії (старечої далекозорості) проводять імплантацію мультифокальних або акомодуючих кришталиків. За показами про-

© Н. В. Климчук, 2011

водять також екстракапсулярну екстракцію катаракти.

Високий професійний рівень наших хірургів та обладнання дають можливим проводити видалення підвивихнутого або вивихнутого кришталика у комбінації з вітректомією та підшиванням дужок штучного кришталика до склери.

У клініці використовують одноразові високоякісні розхідні матеріали, а також гнучкі кришталики, виробництва найкращих фірм світу, які обирає пацієнт за своїм бажанням і можливостями.

Догляд за пацієнтами після екстракції катаракти. Ще нещодавно після екстракції катаракти накладали на 24 год біокулярну пов'язку, а хворий 2–3 дні перебував на суворому ліжковому режимі. Це вимагало особливо ретельного догляду з боку середнього і молодшого медперсоналу. Тепер завдяки розвитку мікрохірургічної техніки можна досягнути повної герметизації рани. Операції стали безпечнішими, кількість післяопераційних ускладнень зменшилася, а потреба в суворому ліжковому режимі відпала. Після операції накладають лише монокулярну пов'язку.

Для попередження розвитку післяопераційних ускладнень перед операцією хворий повинен пройти обстеження, яке включає загальний аналіз крові, визначення часу зсідання крові і часу кро-

вотечі, загальний аналіз сечі, рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ, консультацію терапевта, стоматолога. У день операції зранку хворий не повинен їсти і пити. Перед операцією йому потрібно забезпечити спокій, а вночі перед операцією – повноцінний сон. Безпосередньо перед операцією хворому вимірюють артеріальний тиск. Поведінка медперсоналу в передопераційній і операційній повинна бути спокійною і впевненою.

Після операції дуже рідко може розвинутися гострий напад глаукоми, який супроводжується болем ока і голови, нудотою, а також може виникнути кровотеча. Про такі стани слід негайно повідомити офтальмолога. Крім того, у хворого можуть спостерігатися загальні ускладнення: гіпотонія (наприклад, після ін'єкцій аміназину), гіпертонічний криз та інші невідкладні стани. Про це теж необхідно повідомити чергового лікаря.

Висновок. Відкладати лікування катаракти не можна ні в якому разі! У разі застарілої стадії катаракти розбухший кришталик починає займати більшу частину передньої камери ока, таким чином, порушує відтік внутрішньоочної рідини. Внаслідок такого стану може розвинути ускладнення катаракти – глаукома. Такий стан є дуже загрозливим, адже без хірургічного втручання на даному етапі зір втрачається безповоротно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Павлюченко К. П. Новий метод хірургічного лікування катаракти в сполученні з первинною глаукомою: 2 роки спостережень / К. П. Павлюченко, С. Ю. Могилевський // Офтальмол. журн. – 2006. – № 3 (II). – С. 65–67.
2. Могилевський С. Ю. Эффективность интраокулярной коррекции у больных с первичной глаукомой и катарактой / С. Ю. Могилевский // Офтальмол. журн. – 1997. – № 6. – С. 407–411.
3. Могилевский С. Ю. Осложнения, особенности послеоперационного периода и отдалённые резуль-

таты хирургического лечения больных с катарактой и первичной глаукомой / С. Ю. Могилевский // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – Т. 8. – № 4. – С. 108–112.

4. Могилевский С. Ю. Результаты интраокулярной коррекции у больных с первичной глаукомой и катарактой / С. Ю. Могилевский // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 1997. – Том 6, № 2. – С. 1